

健康保険 資格等 取得・喪失 連絡票

厚生年金保険

・下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を 取得 喪失 したことを連絡します。

・下記の者は、健康保険等の被扶養者として 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。
(該当欄□にレをして下さい。)

令和 年 月 日

所在地
事業所 名称
代表者
TEL (- -)

記

被 保 険 者	氏 名				生年月日	年 月 日			
	住 所								
	取得年月日	年 月 日			喪失年月日	年 月 日 (退職 年 月 日)			
	健康保険の被保険者証	記 号				番 号			
	保 険 者 名					保険者 番号			
	基 礎 年 金 番 号								
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	被扶養者として認定又 は認定を抹消された日	備 考			
		年 月 日			年 月 日				
		年 月 日			年 月 日				
		年 月 日			年 月 日				
		年 月 日			年 月 日				
		年 月 日			年 月 日				

(記載上の注意)

1. 喪失年月日は退職年月日の翌日となります。
2. 被扶養者の異動だけの場合でも、被保険者の欄は記入してください。